FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PINART

Né le 23 Décembre 1888, à Levallois-Perret

DE L'ICTUS LARYNGÉ DES BRONCHITIQUES

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur JEANSELME

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui présentons l'expression de nos très respectueux remerciements.

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DANS LES
HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur C. LIAN

Médecin de l'hôpital Tenon

Sous la direction bienveillante et autorisée duquel nous avons fait ce travail.

HISTORIQUE

L'ictus laryngé non tabétique a été signalé pour la première fois par Charcot qui, en 1876 à propos de deux malades ne présentant aucun signe de tabes, décrivit un syndrome caractérisé par « une sensation subite et imprévue de chatouillement au niveau du larynx provoquant quelques secousses de toux spasmodique et immédiatement après une perte de connaissance avec rougeur de la face et quelquefois des convulsions épileptiformes partielles. Le malade revient à lui instantanément avec pleine possession de son intelligence comme si rien ne s'était passé ». Il signale que parfois, chez un de ses malades, la crise n'allait pas jusqu'à la perte de connaissance complète, celui-ci éprouvant seulement un état vertigineux indéfinissable.

Charcot donne à cet ensemble symptomatique le nom de « vertige laryngé » et l'assimile au point de vue mécanisme au vertige de Ménière. Après deux observations analogues de Gasquet parues en 1878, Charcot rapporte en 1879 deux autres cas qui sont bientôt suivis en 1882 de ceux de Chamberlain et de Krieshaber.

En 1882 également un cas de Gray et en 1883 celui de Bianchi survenus tous les deux chez des épileptiques, pro-

voquèrent une théorie pathogénique nouvelle de l'ictus laryngé, assimilant celui-ci à un accès épileptique léger.

Puis les observations se multiplient et en 1889 Armstrong peut réunir 21 cas. Carfaz en publie deux autres personnels. Cette même année, Garel présente sa première observation et en décembre 1894, il rédige en collaboration avec Collet un très intéressant mémoire sur cette question. Ils apportent vingt-deux cas personnels, prouvant ainsi que ce phénomène est loin d'être rare. Au terme de « vertige laryngé » employé par Charcot dans ses premières observations, à ceux « d'épilepsie laryngée », de « crise laryngée » de « syncope ou lypothymie laryngée » (Armstrong) ils préfèrent et adoptent l'appellation d' « ictus laryngé », due aussi à Charcot et qui en traduisant bien l'aspect clinique de ce syndrome, ne préjuge en rien du mécanisme de son apparition.

Bedos (Paris, 1895-96) et Chazalon (Lyon, 1895-96) consacrent leurs thèses à l'ictus laryngé. Ils apportent quelques observations nouvelles et font à cette occasion une revue générale de cette question.

Plus tard en 1908, puis en 1909, Jourdin signale plusieurs cas d'ictus laryngés au cours de la coqueluche. Il pense que le nombre de cas analogues déjà signalés dans la littérature médicale, ne correspond pas à la fréquence réelle de ce phénomène comme complication de la coqueluche.

En juillet 1915, MM. Jeanselme et Lian rapportent à la Société médicale des hôpitaux, sous la dénomination « d'ictus laryngé des bronchitiques » deux observations de militaires atteints d'ictus laryngés. Ils insistentsur ce fait que ces deux cas doivent être très fréquents et que, malgré les publica-

tions parues sur ce sujet, ils ne sont pas, en général, présents à la mémoire des praticiens. Ils s'étonnent que les traités de médecine, aux articles « Bronchite chronique » ou « Emphysème pulmonaire », ne fassent aucune mention de ces crises parmi les complications. Le second malade avait un réflexe oculo-cardiaque fortement positif, ce qui conduit les auteurs à soupçonner un certain rôle à la sensibilité spéciale du pneumogastrique dans le mécanisme de l'ictus laryngé.

Nous avons eu, dernièrement, l'occasion de suivre à la consultation de l'hôpital Tenon dans le service de notre maître, M. le Dr Lian, un malade emphysémateux atteint d'ictus laryngés, qui présentait aussi un réflexe oculo-cardiaque fortement positif et qui fut soulagé par la médication belladonée. Quelque temps auparavant, M. Lian avait également traité un malade analogue. A l'occasion de ces deux malades, M. Lian nous conseilla de consacrer notre thèse à l'ictus laryngé des bronchitiques en apportant à cette étude, les diverses considérations nouvelles au point de vue pathogénique et thérapeutique que peuvent suggérer ces deux cas. Notre travail aura aussi l'avantage d'attirer une fois de plus l'attention sur cette affection qui, bien que fréquente, reste le plus souvent méconnue.

OBSERVATIONS

Obs. I (Jeanselme et Lian). — D..., 43 ans, artilleur, entre à l'hôpital annexe n° 2 du Val-de Grâce, pour une bronchite aiguë à répétition, dont la première atteinte date de l'âge de 25 ans. Depuis lors, presque tous les hivers, il est atteint d'une ou plusieurs poussées de bronchite. Ces accidents respiratoires se sont accentués depuis 5 à 6 ans, et le malade a dû, en raison de la violence de la toux et de la gêne respiratoire, interrompre son métier de mécanicien à plusieurs reprises pendant quelques jours.

Il y a trois ans, pendant l'hiver, 7 ou 8 pertes de connaissance se sont succédé dans l'espace de 3 mois au cours de sa bronchite habituelle. Durant cet hiver, dit-il, les quintes de toux étaient plus fortes que les années précédentes. Trois mois, pendant les premiers mois de la guerre, les pertes de connaissance se sont renouvelées. Voici la description qu'il donne de ses crises :

Elles surviennent, en général, à la fin d'un repas, rarement en mangeant, parfois à une heure quelconque de la journée. Elles sont annoncées par un picotement laryngé un peu spécial et plus intense que le chatouillement précédant les quintes de toux habituelles. Cette sensation annonce au malade que la crise est imminente. En effet, elle est aussitôt suivie d'une quinte violente, non accompagnée de reprise chantante. La figure se congestionne, puis la tête s'alourdit, l'intelligence est obtuse, la vue se brouille et de petites secousses sont ressenties dans les bras. D'après la femme du malade, il ne s'agit pas de mouvements ayant une certaine

amplitude, mais d'un fort tremblement qui intéresse les bras et la tête ; les membres inférieurs n'y participent pas. Immédiatement après l'apparition de ce tremblement, le malade tombe sans connaissance. Il gît à terre quelques secondes ; il n'écume pas, ne se mord pas la langue, ne perd ni urine ni matières. Soudain il revient à lui, se relève et continue son repas ou reprend l'occupation interrompue ; jamais il ne s'est couché après une crise. Lorsqu'il en a le temps, il s'étend rapidement à terre avant de perdre connaissance. Récemment, étant assis au réfectoire de la caserne il ne s'est pas étendu à temps et il est tombé sur le dos. La perte de connaissance a été si brève, que son voisin après l'avoir vu se relever, a cru qu'il s'était laissé choir en manière de plaisanterie.

Sept à huit ictus se sont échelonnés en série, il y a trois ans ; le retour de ces accidents ne semblait plus à craindre lorsqu'ils sont réapparus, à l'occasion d'une bronchite, dans les premiers mois de la mobilisation. Ils sont survenus à trois reprises, vers le 29 août, le 10 septembre et le 15 novembre. En outre, il est arrivé au malade, pendant les périodes d'ictus, et même les hivers intercalaires, d'avoir à la suite d'une forte quinte, des accidents analogues, mais seulement ébauchés. Dans ces formes incomplètes, au cours de la quinte, la tête devient lourde, l'intelligence s'obscurcit, la vue se brouille quelque peu, mais tout se dissipe bientôt, et l'accès n'aboutit pas à la perte de connaissance.

L'interrogatoire apprend que ce sujet est fumeur (un demi-paquet de tabac par jour) ; depuis 4 ans sa ration quotidienne de vin est de 2 litres environ. Il nie toute maladie vénérienne.

Examen. — D... est un sujet de taille un peu inférieure à la moyenne, il présente un certain degré d'obésité (89 kilogrs). Il a le visage coloré, le cou court, le thorax globuleux. Il donne l'impression d'être un emphysémateux. En effet, la poitrine est sonore, le murmure vésiculaire est diminué, et l'on perçoit en outre, des râles sibilants témoignant de l'existence d'une bronchite aiguë.

Le cœur paraît de dimensions normales. Les bruits sont un peu lointains. Pas d'éclat du 2e bruit aortique, pas de battements de la crosse perceptibles au-dessus de la fourchette sternale ; cependant à l'examen radioscopique, l'aorte apparaît dilatée.

Les artères radiales sont souples. La pression artérielle, mesurée avec le dispositif Pachon-Lian, est normale : max. 13 1/2 ; min. 9 1/2.

Le foie n'est pas augmenté de volume, les urines ne sont pas albumineuses.

La recherche des stigmates de la syphilis fait seulement constater une petite plaque leucoplasique à la commissure labiale gauche : tâche laiteuse avec quelques sillons de la muqueuse. La séro-réaction de Wassermann, recherchée par Vernes est négative. Le malade ne présente aucun signe de tabes.

Traitement. — Le malade prend du sirop de tolu, et 1/2 milligramme de sulfate d'atropine par jour pendant deux semaines. Les quintes deviennent rapidement moins fréquentes, moins fortes. Puis les râles sibilants disparaissent peu à peu.

Pendant un mois de séjour à l'hôpital, ce malade ne présente pas de nouvelle crise.

Obs. 2 (Jeanselme et Lian). — B.., 42 ans, sergent d'infanterie territoriale, se présente le 8 mai 1915 à la visite régimentaire pour de la toux, compliquée de sérieux malaises à l'occasion de certaines fortes quintes.

Rougeole dans l'enfance. Fluxion de poitrine à 22 ans.

Le malade n'a pas eu la syphilis et se portait bien avant la guerre.

Il avoue quelques habitudes éthyliques, qu'il attribue à sa profession de voyageur de commerce.

Il contracta un fort rhume à la fin de janvier 1915. Depuis lors il a toussé presque constamment mais sans maigrir ni perdre ses forces. Fin avril les quintes augmentent. Le 1er mai dernier, se trouvant en permission, sur le quai d'une station du métropolitain, il est pris d'une sérieuse quinte. Son visage devient violacé.

Il a l'impression que sa tête grossit et qu'elle va éclater. Ses idées s'obscurcissent, sa vue se brouille, puis il est pris de tremblements des membres et tombe sans connaissance Après quelques secondes, il se relève et peut prendre son train quelques minutes plus tard. Le temps de sa permission s'écoule sans le moindre incident.

Le 4 mai, après avoir pris son petit déjeuner (café et pain) il est pris d'une quinte violente, il éprouve des sensations semblables à celles de la crise précédente, s'adosse à un arbre, puis tout se calme et la quinte s'arrête. Il pense que l'obnubilation n'est pas allée jusqu'à la perte de connaissance, mais il est persuadé qu'il serait tombé s'il n'avait pas trouvé un point d'appui à sa portée.

Le 7 mai, une demi-heure après le repas, nouvel ictus. Le malade se couche pour éviter la chute. Tout se passe comme le 4 mai.

Examen : visage coloré ; un peu obèse. Thorax globuleux mais pas de signes nets d'emphysème, pas de bronchite La voix n'est pas enrouée.

Appareil circulatoire normal. Pas d'albumine. Pas de signes de syphilis.

Evolution. — B..., prend les 8, 9, 10 mai deux pilules renfermant un ctgr. de poudre et un ctgr. d'extrait de belladone ; puis les 11, 12, 13 et 14 mai une seule pilule. Le 10 au matin, survient une ébauche de crise, mais le malaise est assez léger. Dans la suite l'atténuation des quintes s'est accentuée, et elles n'ont pas été suivies d'ébauche de crise Le mois suivant, à deux reprises, la toux étant réapparue un peu forte, le malade a pris pendant quelques jours, une des pilules déjà prescrites ; il ne s'est pas produit de crise, même ébauchée.

Réflexe oculo cardiaque. — Le 6 juin, la recherche du R. O. C. a donné : avant la compression, les pulsations radiales étaient de 19 à 20 par quart de minute. Pendant le quart de minute qu'a duré la compression, elles sont tombées à 11 et pendant les 3/4

de minute suivants, elles ont atteint 16, puis 17. Ensuite elles sont revenues à la rapidité initiale 19-20 au quart de minute. Le R. O. C. a donc été fortement positif.

Obs. 3 (Lian). — L..., 57 ans, colporteur, est admis d'urgence à l'hôpital de la Charité à la suite d'une perte de connaissance dans la rue le 3 juillet 1919.

Pas d'antécédent héréditaire Le malade passa plusiéurs années de service militaire aux colonies (Tonkin, Sénégal et Algérie) et y contracta le scorbut (avec hémorragies gingivales et perte complète des dents à 35 ans), le paludisme et un chancre avec bubon bilatéral guéri par incision (pas de manifestations cutanées ni muqueuses ultérieures).

Rendu à la vie civile à l'âge de 27 ans il adopte la professsion de débardeur qu'il éxerça pendant 20 ans sur les quais du Havre.

En 1904, il contracta une bronchite aiguë pour laquelle il est soigné pendant 3 mois à l'hôpital. Pendant ce séjour, il a dans son lit une dyspnée constante diurne et nocturne qui l'oblige à se tenir assis, mais il n'a pas de crise d'étouffement à proprement parler.

A partir de cet accident : toux et oppression. L'hiver, il a une poussée de bronchite assez forte pour entraîner une suspension de travail de 2 à 3 semaines. L'été il tousse, mais ne cesse pas son travail. Pas de crise asthmatiforme la nuit.

La gêne respiratoire, allant en s'accroissant, force finalement le malade à renoncer à son métier (1909). Il prend le métier moins fatigant de colporteur.

En 1915, apparaissent les crises dyspnéiques avec quinte de toux initiale et prompte perte de connaissance. Les grandes crises surviennent souvent 2 à 3 heures après le repas, jamais la nuit dans son lit.

Elles prennent le malade pendant la marche. Le début est marqué par une quinte plus forte et plus longue que les autres, sans reprise chantante, sans sensation de chatouillement laryngé particulier. Il ne reconnaît pas aux caractères de la quinte si elle va

inaugurer une crise. C'est au bout de quelques secousses de toux qu'il sent que sa respiration est gênée mais il n'a pas la sensation de striction de la gorge, pas d'éblouissement, pas de vertiges. En même temps il éprouve un malaise général qui lui fait redouter la perte de connaissance et s'il en a le temps il s'assied. Il a l'impression que cette perte de connaissance est courte. Au moment où il revient à lui, il se sent gêné pour respirer plus que d'habitude pendant 2 ou 3 heures au bout desquelles il reprend sa course.

En résumé, l'enchaînement de la quinte de toux, de la dyspnée et de la perte de connaissance se déroule très promptement (1 à 2 minutes) et le malade insiste sur cette rapidité de développement.

A côté de ces grandes crises, il a parfois des quintes de toux avec dyspnée et malaise général, sans perte de connaissance.

Les grandes crises surviennent pendant les périodes de froid et de bronchite. Il en eut une trentaine en 4 ans. Quant aux petites crises, il en a en moyenne une tous les deux jours.

Le malade a eu une grande crise le 3 juillet vers 16 heures. Il est tombé sur la voie publique. Il reprit connaissance dans un taxi à côté d'un agent de police qui le faisait transporter à l'hôpital.

Examen : Appareil respiratoire : Thorax globuleux, cou court. A l'auscultation on note en avant une sonorité un peu exagérée, des vibrations vocales un peu diminuées ; en avant et en arrière on entend partout des râles ronflants. L'expectoration est abondante, muco purulente (plutôt purulente) aérée.

Appareil circulatoire : Rien d'anormal. Tension artérielle : mx. (Riva-Rocci) 15, mn. 7, 5. Le pouls bat à 70. Le réflexe oculo-cardiaque a été recherché deux fois à quelques jours d'intervalle. Dans la première épreuve le pouls était avant la compression à 19,20 par quart de minute. La compression oculaire qui dura une demi-minute le fit tomber à 5 pulsations pendant le premier quart et à 9 pendant le second. En même temps on observa un arrêt respiratoire et la respiration reprit après la compression.

Dès la fin de la compression on remarqua de la pâleur du visage : la face était un peu plus moite qu'avant l'épreuve. A la deuxième épreuve le pouls était à 19-18. Au début de la compression oculaire il y eut une pause cardiaque d'au moins 8 secondes et pendant toute cette compression on ne compta que 5 pulsations, la compression ayant duré un quart de minute. Le R. O. C. est donc très fortement positif.

Appareil digestif : Le malade mange bien et digère bien ; le foie est abaissé, non douloureux.

Les réflexes pupillaires, patellaires, achilléens sont normaux.

Obs. 4. Lian. — F... Nicolas, mécanicien, 56 ans, vient le 20 février 1920 à la consultation de médecine de Tenon.

Ce malade ne présente d'autre antécédent pathologique qu'une bronchite, il y a trois ans. Au cours de cette bronchite, il n'éprouva que peu de gêne respiratoire, toussa peu et n'eut pas d'ictus.

Au bout de deux mois de repos, il put reprendre son travail sans incident jusqu'à l'hiver dernier où il fut pris d'une nouvelle bronchite qui dura trois mois pendant lesquels il ne put travailler. Il était alors passablement gêné pour respirer et éprouvait des crises d'étouffement surtout pendant le jour. Pour rentrer chez lui il était obligé de s'arrêter à chaque étage.

Durant ces trois mois de maladie il eut une trentaine d'ictus. L'ictus survient à l'occasion d'une quinte de toux plus forte que les autres. Après trois ou quatre secousses de toux, il éprouve comme des fourmillements et un petit tremblement dans les jambes et les bras, en même temps qu'une sensation de constriction laryngée. Aussitôt, sa vue se brouille et il s'effondre, perdant complètement connaissance. Quelquefois, au lieu des tremblements qui précèdent la perte de connaissance, il a quelques violentes secousses dans les jambes et il lui est arrivé, étant attablé, d'envoyer promener sa table !

La perte de connaissance est très courte. Une fois, dans la rue, il dit à un voisin qui l'accompagnait : « Tenez-moi, je vais tom-

ber ». L'autre s'exclame : « Il est saoûl ! » F... tombe, se relève et furieux lui donne une gifle ! Pendant la perte de connaissance, le malade ne bouge pas, ne perd pas d'urine. Sa femme dit qu'il a la figure bouffie et violacée.

Une fois relevé, il se sent bien ; sa quinte est passée.

Ces crises surviennent à n'importe quel moment.

Au bout de trois mois, se sentant mieux, il reprend son travail, mais sa respiration reste courte.

Le 17 novembre 1920, il est de nouveau obligé de s'arrêter. Sa gêne respiratoire est continuelle. Aucune crise diurne ou nocturne pendant qu'il est au repos ; mais le moindre mouvement, qu'il soit debout ou couché, amène la sensation d'étouffement et de la toux. Depuis cette date, il a eu une vingtaine d'ictus. Il en eut jusqu'à deux ou trois le même jour et resta parfois dix à quinze jours sans en présenter. Il eut, mais rarement, des ébauches de crises.

Examen : Malade un peu obèse. L'auscultation des poumons révèle un murmure vésiculaire très diminué, avec expiration prolongée ; on note un ronchus dans toute la poitrine.

Le cœur est un peu rapide : dans la position couchée : 100 pulsations, debout : 106 pulsations. Pression artérielle : mn = 9 mx = 13 1/2.

On note une petite plaque d'aspect leucoplasique à la joue droite. Les réflexes sont normaux.

Le réflexe oculo-cardiaque a été recherché ; le pouls qui avant la compression battait à 21 par 1/4 de minute tombe à 6 pendant le premier quart de la compression et à 10 pendant le second quart. Le R. O. C est donc fortement positif.

23 février. Le malade a pris trois pilules de belladone (un centigramme d'extrait + un centigramme de poudre) par jour. Il n'a pas eu un seul ictus depuis le début de ce traitement ; cependant il a toussé autant et même plus qu'avant. Toutes les nuits depuis un an, il était réveillé entre une et trois heures du matin par une crise d'étouffement et calmé immédiatement en s'asseyant sur

son lit. Pour la première fois depuis un an, il n'a pas eu cette crise la nuit dernière et a bien dormi.

15 mars. Le malade a cessé les pilules le 7 mars qu'il avait continué à prendre à raison de trois par 24 heures. Il a arrêté parce que sa vue se troublait.

Le 3 mars dernier, le malade qui avait cessé quinze jours auparavant de boire à ses repas du vin pur dont il usait quotidiennement à raison d'un demi-litre par repas, prend, ce jour-là, un demi-litre de vin pur au repas de midi. L'après-midi il a cinq ictus, la chute survenant après trois ou quatre secousses de toux.

A part cet incident le malade, pendant le traitement se trouva amélioré, présentant seulement quelques petites ébauches d'ictus. Les nuits étaient assez bonnes mais dans le jour il avait de la gêne au moindre effort.

Depuis la cessation de la belladone l'amélioration a persisté. A l'examen on constate les mêmes signes physiques. Dans la position debout on note à la minute 28 respirations et 92 pulsations.

ETIOLOGIE

Une notion importante domine dans l'étiologie de cet accès : *l'ictus laryngé survient le plus souvent comme complication d'une affection chronique de l'appareil respiratoire.* Presque toujours, on a affaire à un « vieux tousseur. » C'est un emphysémateux, un bronchiteux chronique, un asthmatique sujet aux bronchites répétées chaque hiver et qui, à l'occasion d'une de ces bronchites, présente un accès ou une série d'accès. C'est le cas le plus fréquent. C'est celui des observations que nous venons de rapporter.

On a signalé, mais plus rarement, ce syndrome dans la tuberculose, la bronchite aiguë et la coqueluche. En particulier, six cas ont été signalés au cours de cette dernière affection par Thermes, Avellis et Jourdin. Dans ces cas, l'ictus laryngé se présente comme complication des quintes et l'évolution de ses accès est parallèle aux quintes. Bien que la coqueluche soit une affection beaucoup plus fréquente chez l'enfant, on n'a pas signalé d'enfants coquelucheux présentant ces accès.

C'est qu'en effet l'ictus laryngé des bronchitiques est l'apanage des adultes et des vieillards. D'après les statistiques de Garel et Collet, de Bedos et de Chazalon, c'est entre 40 et 50 ans qu'il apparaît dans la grande majorité des cas. Il est à noter aussi que les hommes y sont infiniment plus prédisposés que les femmes. Dans les quelques cinquante cas

que l'on peut retrouver dans la littérature médicale, on ne note guère que trois observations concernant des femmes. Nos quatre malades font donc partie des cas les plus habituellement observés à ce sujet. Ce sont en effet des hommes ayant respectivement 43, 42, 57 et 56 ans.

On a cru pouvoir incriminer le genre de profession exercée par le malade et on a pensé que l'ictus apparaissait de préférence dans les professions sédentaires. Chazalon signale 18 malades exerçant une profession sédentaire pour 6 autres exerçant un métier plus actif. Nos observations sont loin d'être probantes à ce sujet. Elles concernent : deux mécaniciens, un colporteur et un employé de commerce.

Ces sujets présentent souvent les attributs de ce qu'on appelle l'arthritisme ; particulièrement la goutte, le diabète, l'obésité. Trois des malades de notre thèse présentaient un certain degré d'obésité.

L'éthylisme paraît être aussi une condition prédisposante et à ce sujet l'observation 1 est intéressante, car elle nous montre un malade qui, après s'être abstenu de vin pendant un certain temps, est atteint dans le cours d'une après-midi d'une série de cinq ictus, après ingestion, au repas de midi, d'un demi-litre de vin pur.

L'attention a été forcément attirée du côté des voies respiratoires supérieures et du pharynx. Dans la moitié des cas environ, l'examen révéla une lésion du larynx, mais celle ci est légère et se borne à une rougeur le plus souvent marginale des cordes vocales. Du côté du pharynx on a noté de la pharyngite granuleuse, de l'hypertrophie des amygdales, une luette trop longue. Au niveau du nez on a trouvé de la rhinite, des polypes, de la déviation de la cloison, de la sinu-

site. En somme, ces lésions, quand elles existent, sont légères et leur existence est loin d'être constante.

Le plus souvent l'ictus laryngé des bronchitiques apparaît sans cause immédiate apparente. On a remarqué qu'il survenait fréquemment à la fin d'un repas : au moment du café dans un cas de Bergé. La position du malade ne semble pas avoir d'influence sur l'apparition de l'accès.

Dans certaines observations, l'ictus semble avoir été provoqué dans des conditions qu'il est intéressant de rappeler. C'est ainsi qu'un malade de Krieshaber est frappé une fois en recevant une bouffée de tabac ; un autre cité par Ruault a toujours eu ses crises quand il fumait ou venait de fumer. Dans un cas de Garel et Collet, c'est un éclat de rire qui précède l'ictus, un autre malade des autres auteurs est atteint en se retenant de rire. Les odeurs de cuisine, de chloroforme, d'éther ont été signalées dans un cas comme cause provoquante.

Les gaz de combat utilisés par les Allemands au cours de cette dernière guerre, semblaient bien indiqués, grâce aux lésions laryngées qu'ils causaient, pour provoquer, notamment chez des territoriaux, des crises d'ictus laryngés. Pourtant on n'en retrouve pas trace dans la littérature médicale et J. Vincent, dans la revue de laryngologie, otologie et rhinologie du 15 Juillet 1919, dit que « l'ictus laryngé débutant par une sorte de chatouillement de la gorge (bien que cette impression soit assez fréquente chez les vésiqués et s'accompagne parfois de sensation de corps étranger laryngé) suivi de toux spasmodique avec angoisse, congestion de la face et finalement perte de connaissance, n'a jamais été observé chez les vésiqués. »

ETUDE CLINIQUE

L'ictus laryngé des bronchitiques, dans sa forme la plus complète, présente une physionomie bien caractéristique qu'il est facile de schématiser ainsi : *Le malade éprouve un chatouillement au niveau du larynx ; il tousse, sa figure se congestionne et soudain il tombe sans connaissance. Il reste immobile ou présente parfois quelques secousses dans les membres. Presque immédiatement il revient à lui, en pleine possession de son intelligence et de sa mémoire, capable de reprendre l'occupation interrompue par la crise.*

Les différents éléments de cet accès présentent des modalités que nous allons étudier. Si dans la grande majorité des cas, le chatouillement laryngé ne diffère pas de la sensation désagréable que l'on éprouve habituellement dans la toux ordinaire, il est parfois d'une intensité plus accentuée. Et un des malades de MM. Jeanselme et Lian pouvait discerner si la crise allait ou non aboutir à la perte de connaissance. Dans quelques rares observations ce chatouillement présenterait un caractère particulier ; il serait alors accompagné de sensation d'étouffement, de strangulation, de gêne rétrosternale.

La toux que provoque ce chatouillement est quinteuse et

souvent très pénible, sans reprise chantante. La face du malade devient violacée, les veines du cou se distendent. Puis subitement l'ictus survient, mettant fin à la quinte. La perte de connaissance ne se produit habituellement que dans le cours d'une longue quinte ; mais quelques secousses de toux, parfois même une seule peuvent la provoquer. Dans quelques cas elle est précédée immédiatement de sensations de fourmillements et de tremblements dans les membres comme dans les deux malades de MM. Jeanselme et Lian. Le second de ceux-ci présentait parfois à la place de ces tremblements, des secousses dans les membres inférieurs assez amples et assez vigoureuses pour renverser une table !

En même temps que ces tremblements le malade éprouve souvent une sensation de *malaise indéfinissable* ; sa vue se brouille, sa tête est lourde, ses idées s'obscurcissent. Le malade de l'observation 3 soupçonnait d'avance l'apparition de la crise à cette sensation de malaise général et avait parfois le temps de s'asseoir ou de s'étendre pour éviter les dangers de la chute. Parfois, le malade étant assis, la chute ne se produit pas ; la tête du sujet s'incline sur la poitrine et les mains laissent échapper ce qu'elles tenaient.

Pendant l'ictus le malade est dans la résolution ; ou bien peuvent apparaître quelques mouvements convulsifs, de petites secousses cloniques n'intéressant le plus souvent que les membres supérieurs, rarement les membres inférieurs.

Ces secousses peuvent le précéder immédiatement ainsi que le montrent les deux observations de MM. Jeanselme et Lian et l'observation 4.

Au cours de l'ictus, on ne note ni contractions toniques, ni relâchement des sphincters, ni morsure de la langue.

La figure reste congestionnée habituellement ; mais parfois elle pâlit lors de la perte de connaissance ou au cours de celle-ci. On n'a pas de renseignements nets sur l'état du pouls et de la respiration pendant l'ictus. Le médecin est rarement appelé à assister à une crise. On cite toujours à ce sujet les deux seules observations connues : celle de Thermes qui constata des battements du cœur à peine perceptibles et celle de Kurz qui trouva un pouls très faible et lent.

La durée de la perte de connaissance est presque toujours extrêmement courte. Au plus, peut-elle atteindre, semble-t-il, une à deux minutes. Le plus souvent elle est de quelques secondes. Dans nos observations nous avons deux cas typiques de la brièveté de l'accès. Le malade de l'observation 1 étant assis au réfectoire de sa caserne est surpris par une crise ; il tombe sur le dos, mais « la perte de connaissance est si brève que son voisin, après l'avoir vu se relever, a cru qu'il s'était laissé choir en manière de plaisanterie ». Dans le second cas (observation 4), le malade est pris dans la rue « il dit à son voisin qui l'accompagnait : « Tenez-moi, je vais tomber ». L'autre s'exclame : « Il est saoûl ! » F... tombe, se relève et furieux lui donne une giffle ! »

Ce fait prouve également et d'une façon bien frappante la réapparition instantanée de la conscience complète et de la mémoire. Le malade est en effet capable de reprendre immédiatement le repas ou le travail que la crise avait interrompu. Il n'éprouve alors aucun malaise, aucune nausée, pas de vomissements, ni d'hébétude. Jamais on n'a observé de paralysie ou d'aphasie.

Telle est la forme de l'ictus laryngé complet. Il existe éga-

lement chez les bronchitiques une autre forme que l'on a appelée soit *ictus laryngé larvé* soit *ictus laryngé incomplet*.

Dans ces cas, on observe bien le chatouillement et la toux mais l'obnubilation ne va pas jusqu'à la perte de connaissance ; la chute ne se produit pas, et tout au plus le malade éprouve-t-il le besoin de prendre un point d'appui.

Ce second aspect de l'ictus peut s'observer seul chez le même malade. Bien souvent on peut voir associés l'ictus incomplet et l'ictus complet, le même malade présentant tantôt une crise, tantôt une ébauche (observation 3). Dans d'autres cas aussi, le malade, présentant d'abord des ictus avec perte complète de connaissance, verra l'intensité de ses crises diminuer et ne présentera plus que des ictus incomplets, ce changement traduisant une amélioration tout au moins passagère dans son état. C'est ce que nous avons pu observer nettement dans l'observation 4 sous l'influence du traitement.

La fréquence de ces ictus est très variable. Des malades ont pu présenter jusqu'à quinze ictus dans la même journée.

Ils surviennent le plus souvent en série à l'occasion d'une poussée aiguë de laryngo-bronchite. C'est le cas de nos malades. Ils disparaissent fréquemment avec elles. Mais rien ne peut faire préjuger de la non-réapparition certaine de cet accident. Si le tableau clinique est parfois dramatique, l'ictus laryngé des bronchitiques ne paraît pas un accident grave. Aucun cas n'a été encore signalé qui se soit terminé par la mort. *Le pronostic est donc favorable.*

DIAGNOSTIC

Il arrivera souvent que le malade ne se plaigne que de ses bronchites répétées et de sa toux ; les ictus dont il est atteint passent inaperçus du médecin, si celui-ci, non averti, n'a pas poussé l'interrogatoire dans ce sens. Les cas d'ictus, ainsi méconnus, doivent être nombreux.

Le diagnostic de l'ictus laryngé des bronchitiques sera, en général, fort aisé grâce à sa physionomie symptomatique bien spéciale. A ce propos, on doit insister particulièrement sur ce fait que l'ictus est constamment précédé d'une sensation d'irritation au niveau du larynx et *le malade ne tombe qu'après avoir commencé de tousser*.

Ce détail constitue un élément précieux du diagnostic. Il va nous permettre d'éliminer d'emblée toutes les *syncopes de causes diverses* : anémie, hémorragie, affection cardiaque, etc... ; et dans ce cas l'examen du malade achèvera vite le diagnostic.

Ce détail sera utile aussi pour différencier l'ictus laryngé des bronchitiques, d'une *attaque apoplectique*. Dans ce cas, la respiration bruyante, stertoreuse, la paralysie des réservoirs, l'évolution soit vers la mort, soit vers les paralysies avec retour progressif de la connaissance (ce retour pouvant

se faire attendre des heures ou des jours), sont des signes trop différents de ceux de l'ictus laryngé pour permettre une erreur.

Pensons également à cette toux du début pour éliminer le *vertige de Ménière.* Ce vertige peut aussi s'accompagner de chute; mais dans ce cas on observe des nausées et des vomissements; le malade est pris de bourdonnements, de sifflements d'oreille intenses, aigus. Il a une sensation de déséquilibration, de véritable vertige, différente de la sensation de malaise indéfinissable signalé par les malades atteints d'ictus laryngés.

L'*attaque épileptique* bien caractérisée est facile à différencier de l'accident qui nous occupe. En effet, l'ictus laryngé ne s'accompagne souvent d'aucune secousse, ou s'il s'en produit, ce sont des secousses légères bien différentes de l'intensité habituelle des convulsions épileptiques. De plus le tremblement ou les petites secousses de l'ictus laryngé ne sont pas précédés d'une phase tonique, c'est-à-dire d'une phase de contracture. La morsure de la langue, l'écume aux lèvres, la perte d'urine font défaut dans l'ictus laryngé.

Enfin, après la crise épileptique, le malade tombe dans un sommeil profond ou tout au moins reste prostré, hébété et ne garde aucun souvenir de la crise au début de laquelle il n'a pas assisté. Cependant certains cas d'*épilepsie larvée*, de petit mal pourraient être difficiles à distinguer. Il en serait ainsi si les crises se ramenaient à une perte de connaissance brève et non accompagnée de convulsions. Cependant, il est rare que chez un sujet atteint de petit mal, il ne se produise pas de loin en loin une crise un peu plus typique. D'autre

part, on se rappellera le debut si typique des ictus laryngés par une quinte de toux. Enfin, les circonstances étiologiques interviendront dans le diagnostic, les ictus laryngés survenant surtout après 40 ans et surtout chez des bronchitiques chroniques.

La clinique nous permettra encore d'éliminer les accidents que l'on a décrits sous le nom d'*ictus laryngés des affections graves du larynx* où d'ailleurs l'accès est unique et mortel. Il n'en va pas de même avec certaines formes d'*ictus laryngés des tabétiques* identiques au point de vue clinique à ceux des bronchitiques. Le diagnostic sera, dans ce cas, purement étiologique. S'il s'agit d'un sujet présentant de l'emphysème pulmonaire avec poussée bronchitique et si le malade n'a pas de signe de tabes, on diagnostiquera : ictus laryngé des bronchitiques. Si, au contraire, le sujet n'a pas de troubles respiratoires, mais présente des signes d'un tabes avéré ou fruste, on dira ictus laryngé tabétique. Toutefois il pourra se rencontrer des cas embarrassants où les deux sortes d'accidents coexisteront et où le diagnostic différentiel pourra devenir impossible.

Il importe, cependant, de signaler ici que les ictus laryngés tabétiques sont loin de présenter toujours les caractères des ictus laryngés des bronchitiques. Bien au contraire, dans les accidents laryngés tabétiques, il s'agit le plus souvent d'accès de spasme glottique, dans lesquels à la toux s'ajoute une respiration stridente. Cette crise de spasme peut ou non aboutir ensuite à une perte de connaissance, voire même à la mort subite.

PATHOGÉNIE

I. — Le réflexe oculo-cardiaque des bronchitiques présentant des fetus laryngés

Avant d'entrer dans la discussion pathogénique, nous apporterons dans cette question si complexe une notion nouvelle due aux recherches de M. Lian sur le réflexe oculo-cardiaque chez les bronchitiques atteints d'ictus laryngés. Cette recherche a été faite par cet auteur dans les observations 2, 3 et 4.

Dans l'observation 2, la compression oculaire a duré un quart de minute et fit tomber le chiffre des pulsations de 19 à 11 par quart de minute. Pendant les trois quarts de minute suivantes elles ont atteint 16 puis 17. Le réflexe oculo-cardiaque a donc été fortement positif.

Dans l'observation 3, deux fois le réflexe oculo-cardiaque fut trouvé très fortement positif. Avant la compression, le nombre de pulsations au quart de minute était de 19-20. Au cours de la compression qui dura une demi-minute ce nombre baissa à 5, puis à 9. Il y eut en même temps arrêt respiratoire et pâleur du visage. A la seconde fois, au début

de la compression qui dura un quart de minute, il y eut une pause cardiaque d'au moins 8 secondes, et on ne compta que 5 pulsations pendant la compression.

Chez le malade de l'observation 4, une compression oculaire d'une demi-minute abaissa le nombre des pulsations de 21 à 6 puis à 10 par quart de minute.

M. Lian eut encore l'occasion, à l'hôpital de la Charité, de rechercher cette épreuve chez un malade analogue. Les détails de cette observation ont été malheureusement perdus ; mais l'épreuve avait été inscrite par la méthode graphique. Nous avons pu voir ainsi que, pendant la compression qui a duré 30 secondes, le sphygmogramme ne montre que 8 pulsations. Au début de la compression il s'est produit une pause de dix secondes. Le réflexe oculo-cardiaque s'est donc montré ici comme dans les cas précédents fortement positif.

Il est possible qu'il n'en soit pas toujours ainsi chez les bronchitiques présentant des ictus laryngés. Néanmoins la constance des premiers résultats permet de penser que l'hypertonie du pneumogastrique est un attribut sinon constant, du moins habituel chez ces malades.

II. — Pathogénie de l'ictus laryngé des bronchitiques

Plusieurs auteurs ont fait de l'ictus laryngé des bronchitiques une sorte de vertige, mais en invoquant des mécanismes différents. Nous nous abstiendrons ici de les étudier et de les discuter. Nous savons que dans l'ictus laryngé des bronchitiques, il n'est pas question de vertige à proprement parler et cette théorie ne peut nous séduire.

D'autres en ont fait une manifestation de l'épilepsie. Nous avons pu voir dans la discussion du diagnostic que l'ictus laryngé n'avait rien de commun avec l'épilepsie.

Il nous reste maintenant à examiner deux théories : la *théorie circulatoire* et la *théorie réflexe*. Elles admettent toutes les deux une irritation des voies respiratoires supérieures comme point de départ d'une incitation centripète qui suivra le trajet du laryngé supérieur. Cette incitation, disent les partisans de la théorie circulatoire, transmise au bulbe y excite le centre des muscles expirateurs et produit la toux. Grâce à l'augmentation de pression intra-thoracique causée par les secousses de toux, la circulation en retour est très gênée, d'où la turgescence des veines jugulaires, la coloration violacée de la face. Du fait de la diminution de l'apport du sang veineux dans le thorax, les ventricules envoient une quantité moindre de sang dans les artères. Ainsi se trouvent réalisées à la fois, grâce à cette perturbation locale, de la congestion veineuse et de l'anémie artérielle en particulier dans les centres encéphaliques. La nutrition de la substance cérébrale est ainsi profondément troublée et ce trouble entraînerait des phénomènes d'inhibition pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance.

Ce mécanisme exigerait, semble-t-il, pour être vraisemblable, une quinte de toux singulièrement intense et prolongée. Il n'explique pas du tout les cas où la perte de connaissance est précédée seulement de quelques secousses de toux incapables de provoquer des troubles circulatoires encéphaliques suffisants pour amener une perte de connaissance.

A l'encontre de cette théorie qui place l'ictus sous la dé-

pendance de la quinte et des troubles circulatoires qu'elle occasionne, la théorie réflexe considère la toux et l'inhibition cérébrale comme deux conséquences d'une même cause : l'excitation périphérique du nerf laryngé supérieur, la toux n'étant qu'un phénomène accessoire.

Dans quel ordre se succèdent les phénomènes d'inhibition ? Ils sont triples et portent sur la circulation : arrêt ou ralentissement considérable des contractions cardiaques, sur la respiration : arrêt ou ralentissement considérable des mouvements respiratoires, sur le psychisme : suspension de la conscience. S'agit-il dans l'ictus laryngé des bronchitiques d'une syncope respiratoire ? S'agit-il d'une syncope où le trouble initial est un brusque arrêt ou ralentissement du cœur entraînant comme conséquence la perte de conscience ? S'agit-il, comme le pense Bergé, d'une inhibition psychique primitive, l'arrêt respiratoire et circulatoire n'étant que secondaire et accessoire ?

Toutes les hypothèses sont permises car on manque de bases précises pour étayer une conclusion. Les sujets n'ont jamais été examinés minutieusement pendant un accès. On sait seulement que Thermes dans un cas signale que les battements du cœur étaient à peine perceptibles et que dans un autre Kurz a trouvé le pouls faible et lent.

Les recherches de Lian sur le réflexe oculo-cardiaque chez les malades apportent un élément d'appréciation. Elles mettent en évidence le fait que chez ces malades, il existe une hyperexcitabilité du noyau bulbaire du pneumo-gastrique. Dès lors, *étant donné l'influence considérable de ce noyau bulbaire sur les fonctions respiratoires et circulatoires, il est séduisant de penser que l'excitation violente de ce noyau qui se*

produit certainement au début de l'ictus, retentit d'emblée et avec intensité sur les appareils respiratoire et circulatoire. Il est donc vraisemblable que dans l'ictus laryngé, le phénomène initial est une perturbation brutale et considérable à la fois respiratoire et circulatoire (arrêt ou ralentissement considérable) entraînant comme conséquence la perte de connaissance.

Quoi qu'il en soit, il est tout à fait séduisant d'admettre la théorie réflexe, puisque seule elle explique les ictus précédés seulement de quelques secousses de toux.

Quelle que soit la théorie admise, il reste délicat d'expliquer pourquoi les ictus surviennent seulement chez certains bronchitiques chroniques. On peut penser qu'une hyperexcitabilité du noyau du pneumo-gastrique, constitutionnelle ou acquise intervient pour faciliter l'apparition de ces accès. Mais cette notion est encore à elle seule insuffisante et d'autres causes favorisantes, non encore précisées, interviennent vraisemblablement.

TRAITEMENT

Que devons-nous conseiller au moment de l'ictus lui-même ? Dans la plupart des cas, cet accident apparaît si inopinément, sa durée est si fugace que nous sommes complètement désarmés. Si le malade sent venir sa crise, on lui conseillera dès les symptômes précurseurs de s'étendre, dans le but sinon de faire avorter l'accès, du moins d'éviter les dangers toujours possibles d'une chute. Les malades, du reste, prennent instinctivement cette précaution. Dans une observation de Garel et Collet, le malade avait le temps, dès qu'il éprouvait le chatouillement, de se badigeonner la gorge avec une solution de cocaïne à 1/20 et évitait ainsi le retour de ses crises. Ce procédé, sans doute efficace, ne pourra être que bien rarement utilisé. Un autre malade suçait des pastilles. On pourrait peut-être employer ainsi des pastilles à base de cocaïne.

Chaque fois que le diagnostic d'ictus laryngé des bronchitiques aura été posé, on devra examiner avec soin le pharynx, le nez et le larynx des malades. On pourra ainsi y constater parfois l'existence des lésions que nous avons énumérées plus haut et dont le traitement, en supprimant une cause provocante ou tout au moins favorisante, pourra amener une guérison ou une amélioration notable.

On cherchera à calmer l'hyperexcitabilité générale de ces malades. Pour cela on proscrira du régime, tous les excitants du système nerveux, en particulier le thé, le café, l'alcool.

Dans le même but, on a employé, parfois avec succès, tous les médicaments antispasmodiques et calmants. Le bromure de potassium, l'antipyrine, la valériane, la belladone, les bains tièdes ont été conseillés et utilisés. On a cherché à agir localement sur la muqueuse laryngée par des pulvérisations calmantes, anesthésiques, faites deux ou trois fois par jour (Bergé).

L'exagération du réflexe oculo-cardiaque permet de supposer un certain rôle à l'hypertonie du vague dans la genèse de l'ictus. Or, on connaît l'influence de la belladone sur le pneumogastrique et M. Lian fut ainsi amené, pour apprécier l'action de ce médicament sur les ictus à l'utiliser à l'exclusion de toute autre médication. Chez le premier malade, les ictus étaient trop éloignés les uns des autres et la période d'observation fut trop courte pour affirmer une amélioration. Mais le malade de l'observation 2 frappé en quelques jours d'un ictus complet et de deux ictus avortés, ne présenta plus de crise, même ébauchée, dès qu'il fut sous l'influence de la belladone. L'observation 4 est encore démonstrative à l'égard de l'influence heureuse de ce médicament. Il s'agit d'un malade qui présenta une vingtaine de crises en trois mois. Il suivit le traitement pendant 15 jours à raison par jour de trois pilules contenant chacune un centigramme d'extrait et un centigramme de poudre et s'arrêta à l'apparition de troubles oculaires. Le malade fut revu vingt-trois jours après le début de traite-

ment. A part quelques petites ébauches d'ictus, il n'eut aucun autre accident, sauf une seule après-midi où il présenta une série de cinq ictus : au repas du midi il avait pris contrairement aux jours précédents un demi-litre de vin pur. Cela se produisit au cours de la période de traitement. L'alcool serait donc venu troubler momentanément l'action bienfaisante de la belladone. Nous noterons également l'action efficace de ce médicament contre les crises d'étouffement nocturne dont il souffrait et que présentent fréquemment de tels malades.

Nous estimons donc qu'il y a lieu de considérer la belladone comme le médicament de choix chez ces malades. Pendant les poussées aiguës de bronchites où il y aura lieu de redouter le retour des ictus, on prescrira à dose journalière et selon les cas, deux, trois, quatre des pilules classiques de belladone.

CONCLUSIONS

On connaît depuis Charcot les ictus laryngés non tabétiques. Ils surviennent surtout au cours de la bronchite chronique, de l'emphysème, de l'asthme et constituent une complication de cette maladie.

L'ictus laryngé des bronchitiques est essentiellement constitué par une sensation de chatouillement au niveau du larynx, provoquant de la toux et, immédiatement après, une perte de connaissance avec rougeur de la face et parfois quelques secousses dans les membres. Presque immédiatement, le malade revient à lui, en pleine possession de son intelligence et de sa mémoire, capable de reprendre l'occupation interrompue par la crise.

L'aspect clinique de ce syndrome revêt donc une allure dramatique. Mais aucun cas mortel n'a été signalé. Son pronostic est bénin.

Il est très vraisemblable que ces ictus laryngés sont la conséquence d'un réflexe inhibiteur, déclanché par une irritation laryngée. A ce point de vue, il est intéressant de noter l'hyperexcitabilité du pneumogastrique révélée par la recherche du réflexe oculo-cardiaque.

La belladone semble, ici, le médicament de choix. Son emploi est légitimé par l'hyperexcitabilité du pneumogastrique.

BIBLIOGRAPHIE

Adler. — *New-York und Journal*, 30 Janv. 1892 p. 128.
D'Aguano. — *Archivii italiani di laringo*, 1890, p. 148
Armstrong. — *Philadelphia med. News.* 8 Juin 1889, p. 624.
Bedos. — *Thèse Paris*, 1895-96, n° 37.
Bergé. — *Revue médico thérapeutique*, 15 avril 1913.
Bianchi. — *Psychiatria* (Napoli), 1883.
Briozola. — *Monitor Méd. Lima*, 1893.
Cartaz. — *Arch. de laryng.* 1889.
Casadesus. — *Revista de laryng.* Barcelone, avril 1891.
Chamberlain. — *Proc. com med. soc.* 1882.
Charcot. — *Soc. de Biol.* 1876.
» *Gaz. méd. de Paris*, 1876.
» *Progrès médical*, 26 avril 1879.
» *Journal de Lucas Championnière*, oct. 1888.
Chazalon. — *Thèse Lyon* 1895-96, n° 1202.
Cherchewsky. — *Revue de méd.* 1881.
Dauvin. — *Journal de méd.* Paris 1887.
Decaisne. — *Rev. des sc. méd.* 15 avril 1879.
Dieulafoy. — *Manuel de path. int.*
Fayolle. — *Lyon médical*, 31 janvier 1897.
Garel. — *Rev. de laryn.* Juin 1889.
Garel et Collet. — *Annuaire des mal. de l'oreille.* Déc. 1894.
Garnier et Delamare. — *Dict. des termes tech. de méd.* 1909.
Gasquet. — *The Practitioner.* Août 1878.
Gleitsmann. — *New-York méd.* 1891.
Jeanselme et Lian. — *Soc. méd. hop.* 9 Juillet 1915.
Jourdin. — *Arch. int. de laryng.* 1908 et 1909.
Knight — *Traus. amer. lar. ass.* 1886.
Krieshaber. — *Ann. des mal. du larynx.* 1882.

Lando Carter Gray. — *Amer. Journ. of neurol. and. psych.* 1882.
Lefferts. — *Arch. of. laryn.* 1884. p. 165
Mac. Bride. — *Edimb. med. rev.* 1884, p. 790.
Massei. — *Giornale int. del. sc. med.* 1884. p. 192.
Mercklen. — *Soc. méd. hop.* 18 oct. 1895.
Moll. — *Arch. int. de lar.* 1897, p. 345
Newcombe. — *New-York med. Journal* 1892.
Oppenheim. — *Neurologisches Centralblatt*, 1884.
Philipps. — *Med. New. Philad.* 1892.
Ruault. — *in Traité de méd. de Charcot et Bouchard.*
Russel. — *Birmingham med. rev.* 1884, p. 71.
Thermes. — *Journal de méd.* Paris 1887.
Vincent. — *Rev. de laryng. otol. et rhin.* Juillet 1919. p. 317.
Weill. — *Prov. méd.* 3 oct. 1887
» *Rev. mens. de lar.* oct 1888.

Saint-Amand (Cher). — Imp. CLERC-DANIEL